



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#) 

보건학석사 학위논문

실손형 보험이 미충족 의료에
미치는 영향

The Effects of Indemnity Health Insurance
on the Unmet Medical Needs of the Insured

2018년 8월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학전공
정 규 학

실손형 보험이 미충족 의료에 미치는 영향

지도교수 김 창 엽

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2018년 5월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

정 규 학

정규학의 석사학위논문을 인준함

2018년 7월

위 원 장 _____ 이 태 진 _____ (인)

부위원장 _____ 김 선 영 _____ (인)

위 원 _____ 김 창 엽 _____ (인)

국 문 초 록

의료적 욕구가 있음에도 불구하고 경제, 사회적 여건 등의 요인들로 인해 필요한 의료서비스를 포기하게 되거나, 의료서비스를 적시에 이용하지 못하게 되는 모든 경우를 미충족 의료라 한다. 미충족 의료의 가장 흔한 발생 원인으로 경제적 이유가 알려져 있다. 민간보험의 하나인 실손형 보험이 미충족 의료문제를 경제적인 측면에서 긍정적인 영향을 줄 수 있다는 주장과 함께 불필요한 의료행위를 증가시켜 결국은 국민의료비를 증가시킨다는 반론도 만만치 않다. 따라서 본 연구에서는 의료패널 자료를 분석하여 실손형 보험이 미충족 의료에 어떠한 영향을 미치는지 알아보고자 한다.

2011년부터 2014년까지 4개년의 의료패널 자료를 대상으로 하여 정액형 보험, 실손형 보험 가입자 및 미가입자 세 군으로 나누고, 보험 지속기간 등을 고려하지 않고 4개년간의 보험가입 여부와 미충족 의료 여부에 대한 정보가 모두 확인된 대상자들을 분석하였다.

미충족 의료 여부에 따른 민간보험가입의 영향에 대해 이항 패널로지분석을 시행한 결과 미가입자와 정액형과 실손형 보험 가입자들간의 미충족 의료의 차이는 나타나지 않았다. 또한, 미충족 의료의 이유를 경제적 이유와 그 외 이유로 나누어 미충족 의료의 차이가 보이는지

3항 패널로짓분석을 시행한 결과에서도 미충족 의료의 차이는 보이지 않았다. 경제적 이유로 미충족 의료를 호소했던 대상자들에서는 연령, 총가구소득 1, 2, 4분위, 의료보장유형에서, 그 외 이유의 미충족 의료에서는 배우자, 읍주에서 각각 유의한 결과를 나타냈다.

실손형 보험과 정액형 보험은 미가입에 비해 미충족 의료에 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 민간보험과 더불어 공보험의 강화를 통해 미충족 의료를 함께 해결하는 방안을 강구해야할 것으로 판단된다.

주요어 : 실손형 보험; 정액형 보험; 미충족 의료; 민간의료보험

학 번 : 2014-23347

목 차

I. 서론	1
II. 문헌 고찰 및 가설 설정	5
1. 관련문헌 고찰	5
2. 가설 설정	9
III. 연구자료와 방법	11
1. 데이터 현황	11
2. 분석 모형, 변수 및 분석방법	14
가. 변수 설명	14
나. 분석 모형 및 방법	19
IV. 연구 결과	24
1. 기술분석	24
2. 민간의료보험 가입상태가 미충족 의료에 미치는 영향	25
3. 통제 변수가 미충족 의료에 미치는 영향	31
V. 고찰	34
VI. 결론	42
참고문헌	44
Abstract	50

표 목차

[표 1] 변수의 조작적 정의	17~18
[표 2] 변수에 대한 기술통계(2011~2014년)	24~25
[표 3] 민간보험 가입상태의 미충족 의료에 대한 영향.....	25~27
[표 4] 미충족 의료의 이유를 고려한 민간보험 가입상태의 미충족 의료에 대한 영향.....	28~30

그림 목차

[그림 1] 연구의 개괄적 모형	13
-------------------------	----

I. 서 론

해마다 증가하는 국민의료비와 관련된 실손형 보험에 대한 논란은 항상 이슈가 되어왔다. 특히 2017년 초에는 실손형 보험의 기본보험료를 줄이는 대신, 본인부담금의 비율을 높이고 특정 치료 및 검사에 대한 특약을 신설하는 등의 개선안이 시행 예정에 있었고(이창욱 & 원희정, 2016), 문재인 정부 출범 이후부터 비급여의 급여화를 모토로 국민 의료비 지출을 줄이기 위한 노력이 이루어지고 있다. 우리나라 소득수준에 따른 국민건강보험 보장률은 소득수준 10분위와 1분위가 큰 차이가 없다. 따라서 국민건강보험이 보장하지 않는 법정본인부담금과 법정비급여의료비를 보장하는 실손형 보험은 소득수준과 관계없이 중요할 수밖에 없다. (김대환 & 이봉주, 2016; 서남규 et al., 2013) 그러나 실손형 보험을 비롯한 민간의료보험에 대한 연구에서는 도덕적 해이와 역선택의 문제가 항상 논란의 대상이 되어왔다. 즉, 도덕적 해이로 인해 보험 재정이 악화되어 제도가 개선되어야 한다는 의견과 반대로 역선택으로 인해 보험가입이 제한되는 만큼 보험가입 자격에 대해 좀더 완화해야 한다는 의견이 있어왔다.(Buchmueller, 2004; Ettner, 1997; 김대환 & 오영수, 2016; 이경아 & 이항석, 2016; 현숙정, 2014) 특히, 도덕적 해이의 측면에 집중하게 될 경우 국민건강보험의 기능을 위축시키고 재정을 악화시킬 수

있다는 주장이 지속되고 있다.(김관옥 & 신영전, 2017; 박성복 & 정기호, 2011) 또한, 실손형 보험은 정액형 보험과 달리 국민건강보험의 법정본인부담금에 연동되어, 실손형 보험으로 인한 의료이용 증가시켜 실손형 보험 가입자 뿐 아니라 국민건강보험에만 가입한 가입자에게도 보험료를 추가 부담시켜, 민간보험과 국민건강보험의 재정 모두에 영향을 미치는 구조로 되어있어 결국 국민 모두에게 피해를 줄 수 있다.(김관옥 & 신영전, 2017; 신현웅 & 여지영, 2015) 반면, 윤 등은 고소득층과 저소득층간에 민간 보험 가입률의 차이가 나자나지 않아 민간보험이 의료접근성의 계층화를 초래하지 않고 있으며, 또한 민간 보험 가입자는 평균적으로 미가입자에 비해 의료이용량이 높지 않아 도덕적 해이가 나타난다는 근거가 없다고 주장한 바도 있다. 따라서, 이와 같은 상반된 내용들을 고려하여, 실손형 보험을 비롯한 민간보험과 관련된 이슈들을 고려하여, 실손형 보험의 보충적 혹은 보완적 순기능이 충분한 역할을 하고 있는지를 고려해볼 필요가 있다.(윤희숙, 2008)

민간 보험의 보충적 역할은 필연적으로 미충족 의료와 연결된다. 의료적 욕구가 있음에도 불구하고 경제, 사회적 여건 등의 요인들로 인해 필요한 의료서비스를 포기하게 되거나, 의료서비스를 적시에 이용하지 못하는 모든 경우를 미충족 의료(Unmet Needs)라 한다.(김교성 & 이현옥, 2012) 정 등의 연구에 따르면 연령이 증가함에 따라 미충족

의료의 빈도가 높아지며, 특히 가장 큰 미충족 의료의 발생 원인은 경제적 이유인 것으로 나타나고 있다.(정영호, 2012) 미충족 의료경험이 문제가 되는 이유는 의료 이용에 대한 욕구와 필요가 있음에도 불구하고 의료서비스를 이용하지 못한다면 건강수준이 악화되며, 개인뿐만 아니라 가구에도 큰 영향을 미치게 되어 전반적인 삶의 질까지도 영향을 미치기 때문이다. 즉, 경제수준에 따라 미충족 의료경험이 확연히 차이가 나기 때문에 저소득 집단의 미충족 의료문제가 더욱 심각한 것이다.(김창엽, 2009) 또한, 고령자들의 경우 미충족 의료로 노인층의 사망과 질병 중증도를 높여 질병에 대한 예후를 나쁘게 할 수도 있다.(Alonso, 1997; Diamant, 2004) 이에 따라, 허 등은 의료서비스를 적절하게 이용하고 있는지 파악하는 것이 의료보장제도의 성과를 판단하는 기준이 될 수 있다 하였다.(정의신 & 박민정, 2011; 허순임, 2009) 미충족 의료에 대해 많은 연구들이 나와있음에도 불구하고 실손형 보험을 비롯한 민간의료보험이 의료이용에 조절효과를 가진다는 연구는 많지 않다. 해외 논문 중에서는 미국의 민간의료보험의 조절효과를 증명하는 논문들만 찾을 수 있으며(Gorey, 2013; Kim et al., 2010), 유럽의 의료보장을 비교한 Rico 등(Rico, 2003)에 따르면 유럽 국가들의 의료보험은 일반적으로 의료비 지출에 있어서 조절효과를 갖는다. 이는 실손형 보험을 비롯한 민간보험이 의료이용을 조절하여 미충족 의료를 직접적으로 줄여주게 만드는 것이 쉽지 않은 일임을 보여준다.(신혜리, 임예직, & 한기명, 2014)

이와 관련하여 미충족 의료에 대한 건강보험의 영향에 대해 몇몇 국내외 연구들이 있다. 해외연구의 경우 의료보험체계가 다르기 때문에 직접적으로 그 결과를 국내에 적용하기는 어렵다는 것을 감안하면, 현재 실손형 보험과 미충족 의료 충족 여부의 관계에 대해 시행한 국내 연구는 많지 않다. 또한, 민간보험을 묶어 시행한 연구들은 일부 있으나 실손형 보험과 정액형 보험을 분리하여 미충족 의료에 어떤 영향을 미치는지에 대한 연구는 많지 않다. 따라서 저자는 실손형 보험이 미충족 의료에 어떠한 영향을 미치는지, 그 영향은 긍정적인지, 부정적인지 확인해보고, 이후 정책의 지향점에 대해 고찰해보고자 한다.

II. 문헌 고찰 및 가설 설정

1. 관련 문헌 고찰

신 등은 한국복지패널자료를 이용하여 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험에 대한 현황과 관련 요인을 분석하였다. 그 결과 미충족 의료 유경험 빈도는 각각 5.54%, 2.99% 였고, 미충족 의료 유경험에 관련되는 요인으로 연령, 교육, 주관적 건강상태와 가구 소득계층이 유의하게 나타났다. 이 논문은 경제적인 이유에 국한한 미충족 의료를 분석하였다는 한계가 있으나 패널자료의 특성을 살려 동태적인 분석까지 수행하였다는 의미가 있었다. (신영전 & 손정인, 2009; 정의신 & 박민정, 2011)

송 등은 19세 이상의 성인을 대상으로 시행한 연구에서 소득수준이 낮을수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록 미충족 의료를 많이 경험하였으며 민간보험 가입자들이 미충족 의료를 많이 경험하였다. 특히 미충족 의료 경험은 여성일수록, 연령이 높아질수록, 소득수준이 낮을수록 많은 것으로 나타났다. (송경신, 이준협, & 임국환, 2011; 정의신 & 박민정, 2011)

양 등은 한국복지패널자료를 이용하여 19세 이상을 대상으로 미충족 의료 경험과 관련요인을 분석하였다. 그 결과 건강검진과 생활비, 주거지역에서 유의하였으며, 연령, 교육은 영향을 미치지 않았다. 동태적 변화요인의 경우 교육수준과 혼인상태, 빈곤 등의 상태는 중요한 결정요인

이었다. (양진영, 2010; 정의신 & 박민정, 2011)

조 등은 국민건강영양조사를 바탕으로 민간의료보험의 가입 개수가 의료이용의 활성화 정도에 미치는 영향을 보고하였다. 그 결과 민간의료보험에 많이 가입해 있을수록 입원이용이 증가한다고 볼 수 없으며, 민간의료보험 가입의 개수가 외래이용을 증가시키지도 않았다. 또한 민간의료보험의 개수가 본인부담금을 덜어주는 것이 아니라 오히려 더 심화시키는 경향이 있었다. 다만 민간의료보험의 개수가 미충족 의료수요를 분명히 감소시켰으며 이를 통해 민간의료보험이 미충족 의료수요를 충족시켜주는 보충적 기능이 이루어지고 있다고 판단할 수 있었다. (조현희, 권기현, & 문상호, 2010)

반면 신 등은 한국복지패널 자료를 이용하여 과부담 의료비 지출과 미충족 의료경험에 대한 관계를 확인하여 반대의 결과를 이끌어냈다. 전년도에 과부담 의료비 지출이 클수록, 미충족 의료경험이 증가하지만 민간의료보험의 조절효과에 의해 과부담 의료비 지출과 미충족 의료경험 간의 증가율이 오히려 더 가파르게 상승하였다. 이를 통해 민간의료보험 가입자체로는 미충족 의료경험을 충족시킬 수 없으며 오히려 보험료의 지출 등으로 인한 본인부담으로 인해 미충족 의료경험이 증가할 수 있다고 해석하였다. (신혜리 et al., 2014)

민영건강보험은 정액형 건강보험과 실손의료보험으로 구분되며, 두 상품은 보장성격이 매우 상이함에도 불구하고 동일시 되는 경향이 있다.

정액형 보험은 발생빈도가 낮지만 일단 발생하면 고액이 소요되는 중증질환 의료비와 소득상실리스크를 보장하는 기능의 보험이다. 반면 실손형 보험은 발생빈도가 높은 반면 발생하더라도 상대적으로 적은 의료비가 소요되는 질병 및 상해를 보장하는 민영건강보험이다. (김대환 & 이봉주, 2016) 따라서 민간 보험이 미충족 의료에 미치는 연구의 대부분이 정액형 보험내지는 실손형 보험과 정액형 보험을 구별하지 않고 묶어서 영향력을 보았던 연구들이 대부분임을 감안할 때 실손형과 정액형을 따로 떼어놓고 연구를 진행한다면 다른 양상의 결과를 얻을 가능성도 있다.

민간보험가입과 미충족 의료의 증가, 의료이용의 증가, 건강상태의 호전 등에 직간접적으로 영향을 미치는 것이 바로 인자들 간의 깊은 상관관계는 있지만 인과관계가 있다고 결론 내리기 어려운 이와 같은 내생성(endogeneity) 문제이다. 보험이 필요할만한 사람이 가입하고, 병원에 가는 것이고, 기본적인 대상자들의 성향이나, 기본 특성이 고려되지 않는 연구는 합리적인 결론을 도출하기 어렵다. Levy에 따르면 보험에 가입한 사람들과 가입하지 않은 사람들은 단순 비교할 경우 보험적 요인 이외의 다른 요인의 영향이 개입될 가능성도 있기 때문에 이는 적합한 방법이 아니다. 특히 관찰적 연구는 잠재적인 요인이 작용할 개연성이 있기 때문에 정확한 방법이 아니며 적어도 준실험적, 가능하면 대규모 무작위 실험적 연구가 효과적이라고 주장하였다.(Levy, 2001) 이에 앞서 Rand 그룹에서 대규모 무작위 연구가 시행되었고 Manning 등은 보험 서비스의

종류에 따라 의료서비스의 사용과 만족도에 큰 차이를 보인다는 점을 확인했다. 다만 이 연구에서는 보험 미가입자와 가입자간의 비교는 없었던 한계가 있었다.(Manning, 1987)

조 등은 의료이용의 근본적 필요를 낳는 건강상태의 결정요소들이 개인의 생활양식과 사회적 지위 등의 사회환경 등이 영향을 미친다고 하였다. 이 연구에서는 민간의료보험의 보유여부가 개인의 미충족 의료수요 충족에 기여하는 바를 확인하려 하였고, 국민건강영양조사 자료를 활용하며 미충족 의료의 경험을 분석하였다. 그 결과 민간의료보험 가입개수가 미충족 의료수요를 충족시키는데 유의미한 영향을 미쳤고, 국가의료보장제도 또한 미충족 의료수요를 충족시켰다고 보고하였고, 이는 현 보건의료체계가 사회적 의료이용의 수직적 형평성을 만족시키고 있다 하였다. 다만 민간의료보험의 치료비 부담률 감소효과는 미미하다 하였다. (조현희 et al., 2010)

또한, 이 등은 Andersen 모델에 따라 필요한 의료서비스의 충족여부에 대해 질병관리본부의 지역사회건강조사 자료를 이용하여 미충족 의료여부를 확인하였고, 민간 보험 미가입자가 가입자에 비해 1.11배로 높은 미충족 의료 경험을 보였으며, 더욱이 경제적 사유로 인한 미충족 의료 경험자의 경우 1.75배로 더 큰 차이를 보였다. (이주은 & 김태현, 2014)

2. 가설 설정

기존의 선행 논문들을 요약하면 다음과 같다. 미충족 의료의 경험에는 많은 요인들이 관여하며, 사회경제적 요인, 대상자들의 객관적, 주관적 건강 요인들, 의료 관련 지출들이 미충족 의료에 영향을 미친다. 물론 상반된 결과를 보이는 연구들도 있지만, 대체적으로 경제적 수준이 낮고, 건강 수준이 불량하며, 보험의 보장성이 낮은 경우 미충족 의료를 경험하였다. 일부에서는 경제적 이유의 미충족 의료 경험에 대해서만 분석하여 결론을 도출하기도 하였다. 또한 민간 보험의 경우에는 의료이용을 증가시킨다는 연구가 많으며, 특히 외래의 이용에서는 일부에서는 감소한다고 보고되기도 하나, 대체적으로 증가한다고 알려져있고, 입원 진료에서는 영향이 적은 것으로 되어있었다. 그러나 연구에 따라 단면연구나 회귀분석 연구에서는 내생성을 통제하지 못하여 민간 보험 가입의 영향에 대해 논란의 여지가 있는 결과를 도출하기도 하였다. 그러나 민간보험, 특히 실손형 보험과 미충족 의료와의 관계에 대해서는 민간보험의 가입의 미충족 의료에 대한 영향에 대해서는 아직 논란의 여지를 보인다. 특히 실손형 보험과 정액형 보험의 보장 성격과 특징이 상당한 차이를 보임에도 불구하고 이를 구별하여 분석한 연구는 거의 확인이 어렵다.

따라서 본 연구는 민간보험 미가입자와 가입자를 나누고, 민간보험 가입자를 다시 실손형 보험가입자, 정액형 보험가입자로 나누어 미충족 의료를 분석하여 차이점을 확인하려 하였다. 많은 연구에서 실손형 보험을 정액형 보험과 묶어서 취급하는 이유가 많은 연구자들이 둘간의 차이가

크지 않다고 간주하기 때문이며 저자는 이를 규명하려 하였다. 또한, 대한민국에서 민간보험은 보조적(보완적) 역할로 모델링 되어 운용중이며 이는 공보험의 낮은 보장성에서 기인하며, 이 보장성은 결국에는 의료비의 지출로 귀결된다. 따라서 경제적 이유의 미충족 의료에 대해 한층 더 깊이 접근함으로써 실손형 보험과 정액형 보험의 차이, 민간보험 가입의 경제적 의미에 대해 규명할 수 있을 것이다. (Card, 2007)

III. 연구자료와 방법

1. 데이터 현황

한국 의료패널은 의료이용행태와 의료비 지출규모에 관한 정보뿐만 아니라 의료이용 및 의료비 지출에 영향을 미치는 민간건강보험과 같은 다양한 요인들을 포괄적이고 심층적으로 분석하기 위해 국민건강보험공단과 보건사회연구원이 공동으로 컨소시엄을 구성하여 구축된 자료이다. 한국의료패널은 2008년 전국민을 대표하는 7,877가구를 표본층화표본 추출방법으로 선정하고 그 가구에 포함된 가구원 24,616명을 대상으로 조사가 시작되었다. 한국 의료패널은 실손의료보험 가입 여부 및 개인의 자세한 의료정보 및 지출, 수입 내역을 모두 포함하기 때문에 실손형 보험을 자세히 연구할 수 있는 국내 거의 유일의 데이터 베이스로 본 연구에 부합하는 자료이다. (김대환 & 이봉주, 2013)

이를 통해 실손형 보험 가입여부, 미충족 의료 여부를 동시에 확인할 수 있으나 이 자료에는 Card 등이 시행했던 연구(Card, 2007)에서처럼 의학적으로는 좀더 치료가 필요했으나 경제적 문제로 충분한 치료를 받지 못하고 퇴원했는지, 충분하지 못한 치료로 인해 질병 악화로 재입원을 했는지 또는 처음부터 입원 내지 외래 치료를 시작하지 못했는지에 대해 구체적으로 알 수 있는 항목은 없다. 아쉽지만 이는 현재 모든

패널자료들이 미충족 의료를 조사하는데 공통적으로 가지고 있는 한계점으로 향후 개선되어야 할 내용이다.

의료패널 자료는 2008년 처음 데이터베이스가 구축된 이후 최근 2018년 5월 현재 2015년 조사자료까지 공개되어있다. 다만 현재 2015년 자료의 경우 일부 분석 자료의 공개가 미비한 상황으로 본 연구에서는 2008년부터 2014년까지의 데이터를 포함한 자료(KHP_Version_1_3)를 사용하였다. 패널데이터는 가구데이터와 가구원 데이터로 나뉘며, 본 연구에서는 가구원에 집중하여 분석하려 하였고, 2011년~2014년 데이터를 대상으로 하였다.

의료패널자료에서는 조사 시에 출생 이후부터 사망 전까지 전 생애 주기에 있는 모든 사람을 조사 대상에 포함시키나, 본 연구에서 가장 중요하게 확인하려는 미충족 의료의 항목은 패널자료 구축시 18세 이상을 대상으로만 하였고, 음주, 흡연, 최종 학력, 소득, 직업 등 여러 항목을 정확히 확인하려면 성인이 대상이 되어야 한다. 그리고, 20세 미만의 가구원은 의료이용에 대한 필요와 경제활동을 통한 의사결정의 주체가 다르고, 일반적인 성인의 의료이용행태와는 다른 양상을 보일 수 있어 제외하였다. (전보영, 오주환, & 권순만, 2013; 현숙정, 2014) 또한, 경제적으로 자립이 어렵고 보험관련 의사결정과정에서 가족 구성원들의 영향이 클 것으로 판단되는 75세 이상의 고령의 대상자도 제외하였다. 그리고 데이터 포괄기간이 동일한 균형패널데이터를 구축하기 위해 4개

년도의 조사에 모두 참여한 대상들만을 분석대상에 포함시켰다.

결국 2011년~2014년(4개년)에 걸쳐 조사된 매해 20,115명을 대상으로 하여, 20세 이상 75세 미만인 대상자 중 미충족 의료에 대한 응답이 포함되어있는 최종 8,813명(남자 4,051 명, 여자 4,762 명)의 4년치 데이터 35,252 개의 표본을 대상으로 하여 다음과 같은 모형으로 연구를 진행하였다. 즉, 실손형, 정액형 가입자 및 미가입자를 모두 조사하여 4년간의 패널데이터를 통해 미충족 의료여부에 따라 분석하고 추가적으로 경제적이유와 그 외 이유로 인한 미충족 의료로 세분하여 분석하는 모형을 구상하였다. (그림 1)

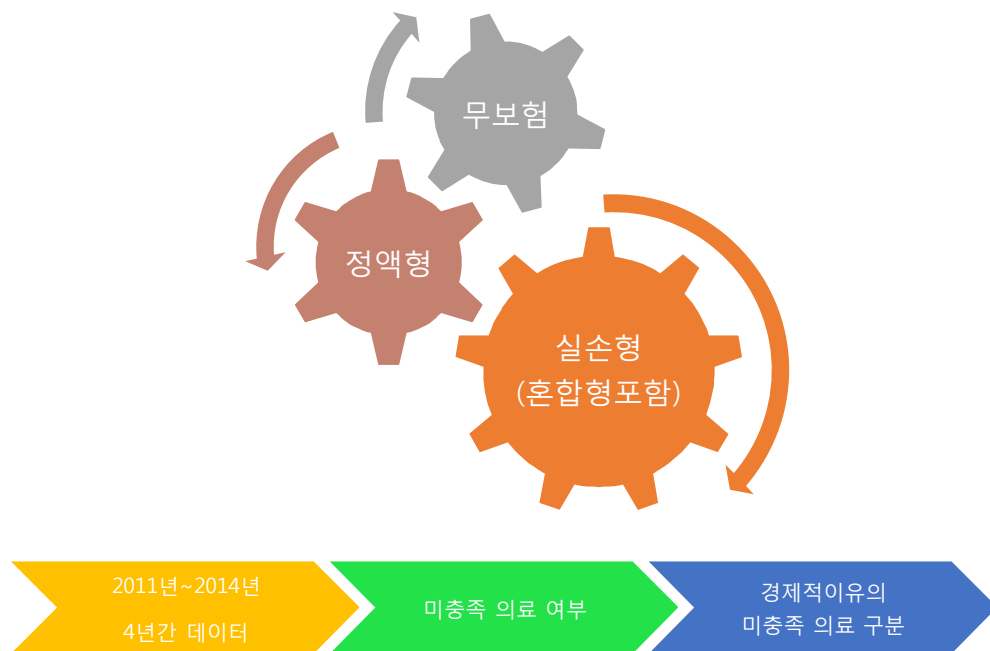


그림 1. 연구의 개괄적 모형

데이터를 구축하는 중에 중요한 사항 중의 하나가 미가입자를 계산하는 것이었다. 의료패널 데이터에는 미가입 여부를 직접적으로 보여주는 항목은 따로 없다. 따라서 기존의 다른 내용을 응답한 대상자들중에 민간 보험에 대한 항목을 응답하지 않아 어떠한 보험에도 해당되지 않는 대상자들을 미가입 항목에 포함시켰다. 이때 미가입으로 간주된 데이터들이 전체 데이터의 대략 26%였으며 이는 보건사회연구원에서 발표한 2011년 자료상 개인의 보험가입율이 67%, 즉 미가입율이 33%과도 비슷한 양상을 보인다.(정영호, 2011)

2011년부터 2014년까지 보험 가입여부에 대해 모두 응답하여 정액형, 실손형, 혼합형, 미가입이 분류가능한 대상자들만 포함시켰고, 이 이중 혼합형과 실손형은 모두 실손형 한 변수로 합산하였다. 미충족 의료에 대해서도 마찬가지로 4년간 모두 미충족 의료 여부에 대해 응답한 대상자들만을 포함시켰다.

2. 분석모형, 변수 및 분석방법

가. 변수 설명

본 연구는 패널데이터를 사용하여 조사기간동안 대상자들의 보험가입의 종류가 대상자들의 미충족 의료에 어떠한 영향을 미쳤는지를 분석하기 위해 다음과 같은 변수들을 통하여 모형을 구성하였다.

1) 종속변수

본 연구는 보험가입의 종류가 대상자들의 미충족 의료에 미치는 영향을 확인하기 위해 2011년 ~ 2014년 의료패널자료를 사용하여 조사시점 각각의 보험가입 종류 및 미충족 의료의 상태에 대한 설문 결과를 활용하였다. 미충족 의료에 대한 설문에 따르면 “지난 1년간, 병원 진료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?”에 대한 응답으로, “받지 못한 적이 한번이라도 있었다.”, “받지 못한 적이 한번도 없었다.”, “병원 진료 또는 검사가 필요한 적이 없었다.”로 나뉘어 있다. 본 연구의 첫번째 모델에서는 미충족 의료를 경험한 경우와 그 이외의 경우, 즉 미충족 의료 경험 여부의 두가지 항목으로 재분류 하여 이분형 데이터로 분석하였다. 또한, 분석의 두번째 모델의 경우 미충족 의료의 이유에 대한 항목에서 경제적 이유로 의료 서비스를 받지 못한 경우를 따로 분류하여 미충족 의료 없는 경우, 경제적 이유로 인한 미충족 의료, 그 외 이유로 인한 미충족 의료의 경우 3가지로 나누어 더미변수로 분석하였다. 미충족 의료의 이유에 대한 항목의 경우 두번째 분석모델에서 3항으로 나누어 분석을 시행하였으므로 첫번째 분석모델에서는 포함시키지 않았다.

2) 설명변수

본 연구의 설명변수는 개인의 보험가입상태이며, 해당 연도 당시

미보험인지, 정액형 보험 가입자인지, 실손형 보험 가입자인지에 대해 2011년 ~ 2014년의 모든 해에 걸쳐 확인하였으며, 모든 해에 걸쳐 응답이 있는 자료만은 분석에 포함시켰고, 분석시에 더미변수로 처리하였다. 또한 실손형 가입자에는 실손형과 정액형을 모두 가입한 혼합형의 가입자들도 포함하였다. 유 등의 연구에서도 실손과 정액형을 모두 가입한 혼합형 또한 실손형에 포함하여 분석하였으며 이는 유 등의 사전분석에 따르면 실손형만을 가입한 그룹과 실손형과 정액형을 모두 가입한 그룹간 의료이용에 큰 차이를 보이지 않았다는 내용에서 기인하였다. (유창훈, 강성욱, 권영대, & 오은환, 2011)

고정효과 로짓모형에서는 미가입, 정액형, 실손형 보험 가입자가 보험을 변치 않고 지속하는 이른바 조건부 확률이 1이 되는 경우는 공선성을 이유로 분석에서 제외된다. 따라서 미가입, 정액형 보험, 실손형 보험을 수년간 변화없이 지속하는 것은 고정효과 모형을 추정할 때 오히려 불필요한 데이터가 된다. 따라서 본 연구에서는 일정기간 이상 가입을 유지하는 등의 조건을 주지않고 4년간 대상자들의 모든 보험간 이동 데이터를 그대로 사용하였다. (민인식, 최필선, 패널데이터 분석)

3) 통제변수

연구에서는 환자의 기본적 사회경제적 변수를 비롯하여 건강 상태 관련 변수, 의료보장유형과 연관된 변수를 사용하였다. 이에 다음과 같은

통제변수, 독립변수 및 종속변수를 이용하여 연구를 진행하였다. (표 1)

구분	변수명		척도
독립변수	민간의료보험	민간보험가입상태	정액형
			실손형 (혼합형 포함)
			미가입 (기준더미변수)
통제변수	인구학적	성별	0. 남자, 1. 여자
		연령	해당연도-생년+1
		교육수준	0. 중학교 이하, 1. 고교 이상
		배우자유무	0. 배우자 없음 1. 있음
	사회	총가구소득	1 ~ 5 분위
	경제적	5분위	(1분위:하위20%, 5분위:상위20%)
		경제활동 유무	0. 경제활동없음, 1. 있음
		장애유무	0. 장애없음, 1. 있음
	건강상태	만성질환	0. 만성질환 없음, 1. 있음
		흡연	0. 비흡연, 1. 흡연
		음주	0. 비음주, 1. 음주
		의료보장유형	0. 건강보험이외, 1. 건강보험
종속변수	미충족	미충족 의료	모델①:
	의료경험		0. 미충족 의료 없음, 1. 있음

모델②:

미충족 의료 없음

(기준더미변수),

미충족 의료 있음

(경제적 이유),

미충족 의료 있음

(그외 이유)

표 1. 변수의 조작적 정의

여러 변수들의 상세한 항목들을 모두 반영할 경우 더미변수가 많아지고 각 항목에 해당되는 샘플의 수가 적어 분석의 정확성이 떨어지며 경우에 따라 분석 자체가 진행되기 어려운 상황이 될 가능성을 염두에 두고 대부분의 변수를 이분화 변수로 재정의하여 처리하였다.

미충족 의료간의 관계에 영향을 미치는 요인으로 밝혀진 성별, 연령, 교육수준, 배우자유무 등의 인구학적 수준, 사회경제적 수준, 건강상태, 의료보장유형 관련 지표 등을 통제변수로 설정하였다. (김진구, 2008; 송경신 et al., 2011; 신영전 & 손정인, 2009; 신헌리 et al., 2014; 허순임 & 김수정, 2007; 현숙정, 2014) 성별의 경우 남, 여로 구별하였고, 조사기간내에 변화는 없었다. 연령의 경우 매년 연령이 1살씩 증가하는

상황도 반영하였으며 교육수준의 경우 중학교 졸업 이하와 고등학교 입학 이후로 이분화 하였다. 배우자 유무 또한 사별, 이혼 등은 모두 배우자가 없는 것으로 간주하여, 조사 당시 배우자가 있거나 없는 것으로 이분화하였다. 경제적수준의 경우 우선 경제활동 유무를 조사하였고, 총가구소득 5분위를 반영하여 5등분하였고, 분석시에 더미변수처리를 하였다. 건강상태를 알려주는 지표로서 흡연, 음주, 만성질환, 장애유무를 확인하였다. 흡연의 경우 현재 흡연중인지를 확인하여 과거의 흡연경력은 모두 비흡연에 포함시켰다. 음주의 경우 또한 현재 마시지 않는 상태인 경우를 기준으로 음주와 비음주로 나누었다. 만성질환은 개수에 관계없이 만성질환 보유여부를 확인하였으며, 장애는 등록 여부와 관계없이 현재 장애가 있는지 여부만을 확인하였다. 의료보장유형의 경우 건강보험을 제외한 나머지 급여, 특례자 등은 모두 건강보험이 아닌 항목으로 나누었다.

나. 분석 모형 및 방법

1) 민간보험 가입상태가 미충족 의료에 미치는 영향

패널자료에서 결과 변수가 이분형 변수인 경우에는 패널 프로빗 또는 로짓 모형을 사용할 수 있다. 그러나 통상적으로 이원 분석 모형의 경우 패널 로짓모형을 사용하는 것으로 알려져 있다. 또한 패널 로짓모형의 경우 패널 프로빗 모형과 달리 패널 개체의 고유한 오차항을 제거하면서 고정효과모형은 물론 확률 효과 모형을 추정할 수 있다는 장점이 있다.

(김경선 & 김영식, 2013; 민인식 & 최필선, 2012) 패널로짓모형에서는
 처치변수와 오차항 간의 내생성 문제를 해소함으로써 민간보험 가입상태가
 미충족 의료의 충족에 미치는 영향을 인과적으로 추정할 수도 있다.
 (김경선 & 김영식, 2013) 따라서 저자는 패널 로짓 분석의 방법을
 사용하였다. 기본적인 패널로짓모형에 대한 수학적 모형은 다음과 같다.

$$\ln\left[\frac{P_{it}}{1-P_{it}}\right] = \alpha + \beta_{nit} X_{nit} + \mu_i + e_{it} \dots\dots\dots \textcircled{1}$$

단, i(개인) = 1,2,⋯,n

t(년도)=2011 ~ 2014년

X_1 =민간보험 가입상태(실손형, 정액형, 미가입 여부),

X_2 =성별, X_3 =연령, X_4 =교육수준, X_5 =배우자유무,

X_6 = 총가구소득 5분위, X_7 = 경제활동유무,

X_8 = 장애유무, X_9 = 만성질환, X_{10} = 흡연, X_{11} = 음주,

X_{12} =의료보장유형,

P_{it} =미충족 의료

모델 ①에서 X_{nit} 는 투입된 통제변수이고, μ_i 는 시간에 따라 변하지 않는
 개체의 특성을 나타내며, e_{it} 는 시간과 패널개체에 따라 변하는 순수한

오차항을 의미한다. u_i 의 고정효과를 간주한다 하더라도 패널 개체별 특성을 고려해야하고, 고정효과가 존재하는지 검증하는 문제가 남아있으므로 본 연구에서는 합동 로짓 모형(Pool), 확률효과 로짓 모형(RE), 고정효과 로짓 모형(FE) 3개 모형을 모두 분석하여 우도비검정을 통해 패널 개체별 특성을 고려해야할지 확인하고, Hausman 검정을 시행하여 패널자료에 고정효과가 존재하는지 검증한 뒤 최종적으로 모델을 확정지었다.

2) 이유를 고려한 미충족 의료에 대한 민간보험 가입상태의 영향

민간보험 가입상태에 따라 미충족 의료에 영향을 받는지에 대해 분석할 때 미충족 의료의 이유가 중요한 요인으로 작용할 수 있다. 허 등에 의하면 경제적이유로 인한 미충족 의료와 그 이외의 이유로 인한 미충족 의료로 호소한 대상자들의 분포는 다른 양상을 보인바 있다. (허순임 & 이해재, 2015) 따라서 미충족 의료의 이유에 따라 나누어 분석하여 접근하면 다른 양상의 다른 양상의 결과를 예상할 수 있다. 비순서형의 다항 모형의 경우 세가지 형태의 모형을 생각해야한다. 개인의 선택 확률이 개인 특성과 선택 특성에 의존한다고 가정하는 조건부 로짓 모형, 또는 혼합 로짓 모형이 있고, 종속변수인 비순서형 선택끼리 상관관계가 있는 경우 사용하는 중첩 로짓모형이 있으며, 마지막으로 각 개인이 특정 선택을 할 때 그 선택 확률이 의사결정자인 개인 특성에 의해서만 결정된다고 보는 다항 로짓

모형이 있다. (민인식 & 최필선, 2015) 본 연구에서는 의료서비스의 선택이 개인 특성에 의해서만 결정된다고 판단하고 다항 로짓 모형을 기본으로 모델을 계획하였다. 패널 다항 로짓 모형의 기본 수학적 모형은 다음과 같다.

$$\ln\left(\frac{P_r(y_{it}=2)}{P_r(y_{it}=1)}\right) | (x_{it}, y_{ij}) = X_{nit}\beta_2 + \mu_{i2} \dots\dots\dots \textcircled{2}$$

단, i(개인) = 1,2,⋯,n

t(년도)=2011 ~ 2014년

X_1 =민간보험 가입상태(실손형, 정액형, 미가입 여부),

X_2 =성별, X_3 =연령, X_4 =교육수준, X_5 =배우자유무,

X_6 = 총가구소득 5분위, X_7 = 경제활동유무,

X_8 = 장애유무, X_9 = 만성질환, X_{10} = 흡연, X_{11} = 음주,

X_{12} =의료보장유형,

y_{it} =미충족 의료

본 연구에서와 같이 종속변수가 비 연속적인 3항인 경우 모델 ②와 같은 모양을 보인다. 개인 i가 시점 t에서 j를 선택했을 때, μ_{i2} 는 개인-선택 특성요인이 된다. 패널 다항로짓의 경우에도 확률효과 다항로짓모형과

고정효과 다항로짓모형을 추정하여 결정할 수 있다. 본 연구에서는 모델 ①에서 결정되는 모델을 따라서 일관성 있는 결과를 얻으려 하였다. 즉, 이항 패널로짓에서 확률효과 모형으로 결정되든, 고정효과 모형으로 결정되든 그에 따라서 분석방법을 일치시키려 하였다. 이에 따라 분석을 시행하고 경제적 이유가 추가된 미충족 의료와 다른 이유의 미충족 의료의 항목이 추가될 경우 이에 따른 독립변수와 통제변수의 추정계수의 값과 유의성이 어떻게 변화하는지 확인하였다.

분석을 위한 데이터를 구축하는 데는 R studio ver. 1.1.447을 사용하였고, 이항패널로짓분석 및 다항패널로짓분석에는 STATA 14를 사용하였다. 모든 통계적 유의성은 1%의 신뢰구간(P value $<.01$)을 기준으로 판단하였으며, 1%, 5%, 10% 유의수준을 모두 표시하였다.

IV. 연구 결과

1. 기술분석

변수명		빈도/평균(표준편차)
독립변수	민간보험가입상태	16,336(46%)/9,544(27%)/
	(정액/실손/미가입)	9,372(27%)
통제변수	성별(남/여)	16,204(46%)/19,048(54%)
	연령(세)	50.79(14.22)
	교육수준(고등/중등)	24,019/11,233
	배우자(유/무)	26,871(68%)/8,381(32%)
	총가구소득 5분위(1~5분위)	4,482(12%)/7,017(20%)/7,999(23%)/
		7,982(23%)/7,772(22%)
	경제활동(유/무)	23,148(66%)/12,104(34%)
	장애(유/무)	2,417(7%)/32,835(93%)
	만성질환(유/무)	22,575(64%)/12,677(36%)
	흡연(유/무)	7,640(22%)/27,612(78%)
	음주(유/무)	24,281(69%)/10,971(31%)
	의료보장유형(건강보험/그외)	33,873(96%)/1,379(4%)

종속변수	미충족 의료(유/무)	5,340(15%)/29,912(85%)
	의료이용제한이유	1,597(30%)/ 3,743(70%)
	(경제적/그외이유)	

표 2. 변수에 대한 기술통계 (2011 ~ 2014년) (총 35,252명)

표 2는 4년간의 데이터 35,252 명에 대한 기술통계량을 나타낸 것이다. 민간보험가입상태는 정액형 보험 가입자가 46%, 실손형 보험가입자와 미가입자가 각각 27%의 비율을 나타냈다. 남녀비율은 남자 46%, 여자 54%였고, 고등/중등교육의 비율은 2:1 가량 되었다. 건강보험 가입자의 비율은 96%였다. 실손형 보험 신규 가입자의 경우 매년 평균 4%인것으로 나타났다. 미충족 의료를 호소하는 비율은 전체의 15% 였으며, 미충족 의료를 호소하는 대상자 중에 30%는 경제적 이유에서 의료서비스를 받지 못했음을 보여주었다.

2. 민간의료보험 가입상태가 미충족 의료에 미치는 영향 분석(모델 ①, ②)

변수	합동로짓모형 (Pool)	확률효과 로짓모형 (RE)	고정효과 로짓모형 (FE)
----	------------------	-------------------	-------------------

	(n=35,252)	(n=35,252)	(n=13,828)
<hr/>			
민간보험가입상태 [†]			
정액형	0.063964 [*]	0.073904	0.103188
실손형	0.041713	0.02141	-0.07734
미가입(기준)	(omitted)	(omitted)	(omitted)
성별(남/여)	.407692 ^{***}	.472395 ^{***}	(omitted)
연령(세)	-0.00098	-0.00079	-0.01527
교육수준(고등/중등)	-0.17064 ^{***}	-0.21698 ^{***}	-12.1696
배우자(유/무)	0.011205	0.014556	-0.51406 ^{**}
총가구소득 5분위 [†]			
1분위	0.677674 ^{***}	0.750045 ^{***}	0.307124 ^{**}
2분위	0.362246 ^{***}	0.411385 ^{***}	0.147921
3분위	0.28207 ^{***}	0.307231 ^{***}	0.10217
4분위	0.108181 ^{**}	0.131134 ^{**}	0.080842
5분위(기준)	(omitted)	(omitted)	(omitted)
경제활동(유/무)	0.273073 ^{***}	0.298549 ^{***}	0.048038
장애(유/무)	0.386319 ^{***}	0.475557 ^{***}	0.220091
만성질환(유/무)	0.159411 ^{***}	0.177989 ^{***}	0.037234
흡연(유/무)	0.285208 ^{***}	0.312145 ^{***}	0.002983
음주(유/무)	0.157787 ^{***}	0.2275 ^{***}	0.343783 ^{***}
의료보장유형	-0.10187	-0.08495	0.611031 ^{**}
<hr/>			

(건강보험/그 외)			
상수	-2.49383***	-3.066693***	(omitted)
(LR/Wald) Chi ²	538.64***	366.11***	54.67***
Hausman			
Test(Chi ²)		40.61***	
* p<.1; ** p<.05; *** p<.01, † 더미변수			

표 3. 민간보험 가입상태의 미충족 의료에 대한 영향

표 3은 민간보험 가입상태의 미충족 의료에 대한 영향을 분석한 뒤 합동 로짓 모형 (POOL), 확률효과 로짓 모형 (RE), 고정효과 로짓 모형 (FE) 각각의 모형에 따른 추정계수의 유의수준을 보여준다. 합동로짓 모형과 고정효과 로짓모형을 비교하여 우도비검정을 시행한 결과 유의수준 1% 수준에서 개체 특성 오차항이 0이라는 귀무가설이 기각되어 유의성이 인정되었고 이를 통해 패널의 개체특성을 고려해야한다는 것을 확인하였다. 그리고 고정효과 패널로짓모형과 확률효과 패널로짓모형에 대한 Hausman 검정 결과, 패널의 개체특성과 설명변수간의 상관관계가 0이라는 귀무가설 ($cov(x_{it}, u_i) = 0$) 이 기각되어, 고정효과 모형을 선택하는 것이 합리적이라고 판단하였다.

모텔 ①을 통한 민간보험 가입상태에 따른 분석에서 미가입, 정액형, 실손형 보험 가입자 모두에서 미충족 의료의 차이를 보이지 않았다. 이는

설사 모형을 달리하여 합동로짓모형과 확률효과모형의 결과를 확인하더라도 어떠한 모형에서도 민간보험 가입상태에 따라 미충족 의료의 차이가 나타나지 않았다.

종속변수	변수	계수	95% 신뢰구간	
미충족 의료 없음 (기준더미 변수)				
미충족 의료 있음, 경제적이유 민간보험가입상태 [†]	정액형	0.087582	-0.34631	0.521478
	실손형	-0.05916	-0.54125	0.422918
	미가입	(omitted)		
	성별(남/여)	(omitted)		
	연령(세)	-0.05644**	-0.10994	-0.00293
	교육수준(고등/중등)	-12.2902	-1689.04	1664.454
	배우자(유/무)	-0.37293	-0.9949	0.249034
	총가구소득 5분위 [†]			

1분위	0.850153***	0.348028	1.352279
2분위	0.685434**	0.213301	1.157566
3분위	0.352692	-0.09379	0.79917
4분위	0.521016**	0.095988	0.946044
5분위	(omitted)		
경제활동(유/무)	-0.16899	-0.41182	0.073831
장애(유/무)	0.188477	-0.8402	1.21715
만성질환(유/무)	-0.0013	-0.41019	0.407595
흡연(유/무)	0.209484	-0.24496	0.663924
음주(유/무)	0.262234	0.036223	0.488246
의료보장유형 (건강보험/그 외)	0.76776**	0.111592	1.423927
<hr/>			
미충족			
의료 있음,			
그외 이유			
민간보험가입상태 [†]			
정액형	0.123457	-0.1891	0.43601
실손형	-0.06437	-0.39623	0.267494
미가입	(omitted)		
성별(남/여)	(omitted)		
연령(세)	-0.00067	-0.0343	0.032964

교육수준(고등/중등)	-12.134	-1475.63	1451.365
배우자(유/무)	-0.58563**	-1.02866	-0.1426
총가구소득 5분위 [†]			
1분위	0.173947	-0.11565	0.463545
2분위	0.031983	-0.19665	0.260619
3분위	0.096796	-0.10154	0.295135
4분위	0.018394	-0.15447	0.191262
5분위	(omitted)		
경제활동(유/무)	0.146127	-0.03148	0.323729
장애(유/무)	0.235174	-0.79843	1.268782
만성질환(유/무)	0.056703	-0.16937	0.282777
흡연(유/무)	-0.08074	-0.36999	0.208507
음주(유/무)	0.380199**	0.224726	0.535673
의료보장유형 (건강보험/그 외)	0.438945	-0.19818	1.076066

* p<.1; ** p<.05; *** p<.01, [†]더미변수

표 4. 미충족 의료의 이유를 고려한 민간보험 가입상태의 미충족 의료에 대한 영향

모델 ①에서 미가입, 정액형, 실손형 보험의 가입상태는 미충족 의료에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 따라서 모델 ②에서는 모델 ①에서

미충족 의료가 영향을 받지 않은 것에 대해 경제적 이유로 인한 미충족 의료를 보이는 군과, 그 외 이유로 미충족 의료를 보이는 군으로 나누어 각각에서 그 결과가 다른 양상을 보이는지 확인하였다. 모델 ②의 식에 의해 u_i 의 고정형 효과임을 고려하여 고정형 다항 패널로짓분석을 시행하였다. 표 4는 미충족 의료의 이유를 고려한 각각의 군에서 민간보험 가입상태의 미충족 의료에 대한 영향에 대한 분석 결과를 보여준다. 그러나 모델 ②에서 이유에 따라 군을 나누어 분석했음에도 불구하고 미가입, 정액형, 실손형 보험의 가입상태는 경제적이유의 미충족 의료에서도, 그 외 이유의 미충족 의료에서도 유의한 차이를 보이지 않았다.

3. 통제변수가 미충족 의료에 미치는 영향 (모델 ①, ②)

민간보험 가입상태 이외의 통제변수들이 미충족 의료에 미치는 영향을 확인한 결과 모델 ①에서는 표 3에서 알 수 있듯이 배우자가 있을 때 미충족 의료는 감소하였고, 총가구소득 1분위, 즉 하위 20% 소득구간인 경우, 음주를 하는 경우, 건강보험 가입자인 경우 미충족 의료가 증가한 것으로 나타났다. 또한, 이에 대한 각각의 오즈비를 확인하였고, 배우자, 총가구소득1분위, 음주, 의료보장유형에서 각각 오즈비 0.98 (95% 신뢰구간, 0.40~0.87), 1.36 (1.06~1.74), 1.41 (1.23~1.61), 1.84

(1.13~3.00)로 나타났다. 이는 배우자가 있는 사람이 2% 미충족 의료가 감소하고 총가구소득 1분위(하위 20%)인 사람은 5분위(상위 20%)에 비해 36% 미충족 의료가 증가하며, 음주를 하는 사람이 41% 미충족 의료가 증가하고, 건강보험에 가입되어있는 사람이 다른 급여 1, 2 중 등 건강보험에 가입되어있지 않은 사람에 비해 84% 미충족 의료가 크다는 의미를 보여준다.

미충족 의료의 이유에 따른 영향을 확인한 모델 ②에서는 표 4에서 확인할 수 있듯이 우선 경제적 이유의 미충족 의료군의 경우 연령이 증가할수록 미충족 의료가 감소하고, 총가구소득 1, 2, 4 분위에서 속하거나, 건강보험 가입자의 경우 미충족 의료가 증가한 것으로 나타났다. 그 외 이유의 미충족 의료군에서는 배우자 있는 경우 미충족 의료가 감소하고, 음주를 하는 경우 미충족 의료가 증가한 결과를 보여주었다.

그리고 이에 대한 오즈비를 확인한 결과, 경제적 이유의 미충족 의료군의 경우 유의한 결과를 보였던 연령, 총가구소득 1, 2, 4분위, 의료보장유형에서 각각 0.95(95% 신뢰구간, 0.90~0.99), 2.34 (1.42~3.87), 1.98 (1.24~3.18), 1.68 (1.10~2.58), 2.15 (1.12~4.15)의 오즈비와 95% 신뢰구간을 나타냈다. 이는 연령이 1살 증가할때마다 미충족 의료가 5%씩 감소함을 알려준다. 총가구소득 1분위(하위 20%) 군에서는 5분위(상위 20%) 군에 비해 134%만큼, 2분위의 경우 5분위에 비해 98%만큼, 4분위의 경우 5분위에 비해 68%만큼 미충족 의료가

증가함을 보여주어 소득 수준이 낮을수록 상대적으로 미충족 의료가 증가하는 것으로 나타났다. 그리고 모델 ①에서 1분위 군이 5분위 군에 비해 36%의 미충족 의료를 보였던 반면 경제적 이유의 미충족 의료의 군에서는 무려 134%의 큰 차이를 보였다는 점은 총가구소득 수준이 경제적 측면에서 미충족 의료에 미치는 영향이 크다는 점을 알려주는 것이라 할 수 있다. 또한 건강보험 가입자의 경우 미가입자의 경우에 비해 115%배만큼 높은 미충족 의료를 보여, 앞서 모델 ①에서 보였던 84%에 비해 더 높은 수준을 보여주었다. 이를 통해 경제적 이유의 미충족 의료를 보인 사람들에게 건강 보험 가입여부는 미충족 의료를 증가시키는데 더 중요한 요인임을 알 수 있다. 그 외 이유로 미충족 의료를 보인 군의 경우 배우자, 음주에서 각각 0.56 (0.36~0.87), 1.46 (1.25~1.71)의 값을 보였다. 즉 배우자가 있는 군에서 없는 군에 비해 43%만큼 미충족 의료가 감소하였다. 모델 ①에서 배우자가 있는 군은 없는 군에 비해 불과 2%만큼만 미충족 의료가 감소한 반면 비 경제적 이유의 미충족 의료에서는 크게 감소하였으며 비록 경제적 측면에서의 미충족 의료 군에서는 유의한 값을 보이지는 않았으나 경제적 이유가 이를 상쇄하는 영향을 주었을 가능성을 추측해볼 수도 있겠다. 음주를 하는 군은 비음주군에 비해 46%만큼 미충족 의료가 높았다. 이는 모델 ①에서 보였던 음주 군에서 비음주군에 비해 41%만큼 미충족 의료가 높았다는 것과 큰 차이를 보이지 않았다.

V. 고찰

본 연구는 4년간의 의료패널 자료를 분석하여 실손형 보험이 미가입과 정액형 보험과 같은 다른 민간보험과 비교하여 미충족 의료의 충족에 다른 영향을 미치는지에 대한 확인을 목적으로 하였다. 이를 위해 4년간 실손형, 정액형 보험 가입자와 미가입자의 미충족 의료 및 이에 영향을 미칠 것이라 추정되는 여러 변수들은 함께 분석하였고(모델 ①), 이후 미충족 의료의 이유를 둘로 나누어 가장 흔하고 민간보험에서 가장 중요한 경제적 원인과 그 외 원인으로 인한 미충족 의료로 나누어 분석을 진행하였다(모델 ②). 그 결과 모델 ①, ② 모두에서 미가입, 정액형, 실손형 보험 가입상태에 따라 미충족 의료가 차이를 보이지 않았고 이는 미충족 의료의 경제적 이유의 영향을 받지 않았다. 또한 설사 고정형 모델이 아닌 확률효과 모형을 선택하여 분석하였다 하더라도 역시 민간보험 가입상태는 미충족 의료에 영향을 미치지 않았다.

신 등은 민간의료보험에 가입할수록 미충족 의료경험이 2.48배가 높아진다고 하였다. 그 근거로 민간의료보험에 가입하는 것 자체가 보험료를 지불하는 지출의 일환이며, 보험료를 수령하는 방식도 개인이 우선 지출하고 나서 추후 정산하는 방식이기 때문에 현재의 미충족 의료경험에 역의 영향을 미칠 수 있음을 보여주었다. 또한, 과부담 의료비 지출이

클수록, 미충족 의료경험이 증가하지만 민간의료보험의 조절효과에 의해 과부담 의료비 지출과 미충족 의료경험간의 증가율이 오히려 더 가파르게 상승한다 하였다. (신혜리 et al., 2014) 반면, 윤 등은 일반적인 민간의료보험의 의료이용 연구에서 민간의료보험의 가입이 미충족 의료경험을 감소시킨다고 알려져 있다. (윤희숙, 2008) 저자의 연구에서는 민간의료보험의 가입상태가 미충족 의료에 영향을 미치지 않았으나, 이처럼 민간의료보험의 가입이 미충족 의료에 미치는 영향은 다양할 수 있다.

민간보험 가입자들이 미충족 의료의 차이를 느끼지 못하게 된 데는 보험 각각의 특성이 하나의 원인이 될 수 있다. 실손형은 상해와 질병을 구분하여 통원과 입원을 별도로 가입할 수 있고, 정액형은 약관에서 지정한 질병이나 상해만을 보장한다. 따라서 정액형이나 실손형을 가입했더라도 보장이 되지 않는 상병이 발생했다면 보험금을 받을 수 없기 때문에 미가입자와 의료이용의 차이가 없을 것이다.(신기철 & 권혁성, 2014) 이 경우 보험에 가입해있더라도 보험금을 수령할 수 없으며 이는 오히려 보험에 대한 불만족 요인으로 작용하여 결국 미충족 의료로 인식될 수 있다. 또 다른 가능성으로, 이 등은 민간의료보험 가입 및 가입유형별 의료이용의 특성을 분석한 연구에서 외래와 입원을 합한 연간 총 본인부담금이 미가입자에 비해 실손형+정액형, 실손가입자, 정액가입자 순으로 연간 본인부담금 지출이 더 많아 민간 의료보험이 본인부담금 지출 증가에 영향을 미쳤다고 하였다.(김관옥 & 신영전, 2017; 이정찬, 박재산, 김한나,

& 김계현, 2014) 본 연구에서는 법정본인부담금의 지출 혹은 총 의료비 지출 등에 따른 시간적 선후관계에 따른 분석을 시행하지 못해 해당 항목에 대한 분석 결과는 없으나 보험 종류에 따른 본인 부담금의 차이가 보험 가입자의 미충족 의료에 대해 영향을 미치는 일종의 교란변수로 작용하고있을 가능성도 배제하기 어렵다.

Kogan 등은 보장성이 낮은 보험(underinsurance)을 가진 사람이 충분히 보장되는 보험을 가진 사람에 비해 더 많은 미충족 의료를 가졌으며, (Kogan, P.W., L., & B., 2005; Lavarreda, Brwon, & Bolduc, 2011) 조 등도 민간의료보험 활용정도가 미충족 의료수요에 음의 영향을 미친다고 하였다. (Cho, Kwon, & Moon, 2010) 또한, 윤 등의 연구에서처럼 민간의료보험 가입자와 미가입자 간에 의료이용에 유의미한 차이가 없었다. 이는 민간의료보험이 불필요한 의료이용을 증가시키지는 않지만, 필요한 의료서비스를 받지 못하는 미충족 의료는 감소키는 효과가 있음을 보여준다. (Yun, 2008; 이주은 & 김태현, 2014)

미충족 의료에 영향을 미치는 가장 큰 원인 두가지는 경제적 원인과 시간적 원인이며 이는 어느정도 대체적인 관계를 보인다. 낮은 교육수준, 낮은 소득수준, 지역가입자와 의료급여 대상자들은 상대적으로 시간적 여유는 있으나 경제적 여유가 없는 반면, 고소득자와 정규직, 상용직은 상대적으로 경제적 안정은 있으나 직업의 근무환경에서 비롯된 시간적 제약이 중요하게 작용하고 있다.(허순임 & 이해재, 2015) 따라서 각

이유들이 서로 절충, 상쇄시켜 민간보험에 가입이 되어있더라도 영향이 없는 것처럼 보였을 가능성도 배제하기는 어렵다.

김 등은 실손형 보험의 사회 경제적 기능의 중요성을 강조하였으며, 소득수준이 높아질수록 실손의료보험의 수요가 증가하다 어느 수준 이상으로 소득이 증가하면 오히려 가입율이 떨어지는 열등재의 특성을 보여준 바 있다. 이를 통해 김 등은 단독 실손의료보험의 활성화를 추진하거나, 공적건강보험의 보장률을 대폭 증가 시킬 필요가 있음을 강조하였다. (김대환 & 이봉주, 2016) 그러나 본 연구에서 총소득 5분위에 해당하는 고소득 계층이 가장 낮은 수준의 미충족 의료를 보여주었고, 이는 실손형 보험 가입여부와 관계가 없었다는 점을 고려한다면 실손형 보험의 활성화 보다는 공적건강보험의 보장률 증가의 방향으로 정책을 보완하는 것이 나을 것이라 판단된다. 또한, 김 등의 연구에서 저소득층은 실손의료보험에 가입하지 못하지만 고소득층은 가입할 수 있어도 보험료 대비 편익이 높지 않아 가입하지 않는 현상이 나타남을 보여준 바도 있다. (김대환 & 이봉주, 2016) 이는 공공보험의 보장성 강화가 더욱 중요한 방향임을 보여주는 것이라 할 수 있다.

민간의료보험은 소득수준과 학력수준이 높거나, 건강한 사람일수록 더 많이 가입하는 것으로 알려져 있으나, 보험가입자만을 대상으로 한 연구에서는 정액형과 실손형 가입자의 특성은 소득과 학력수준에서 유의한 차이를 보이지 않았다. 또한 민간 보험가입과 비가입자간에는 뚜렷한 특성

차이를 보이고 있는데 이는 역선택의 가능성을 암시한다. (유창훈 et al., 2011; 윤태호, 황인경, 손혜숙, 고광욱, & 정백근, 2005) 반면 가입자만을 대상으로 하는 연구에서 실손형과 정액형 가입자들의 특성 차이가 뚜렷하지 않다는 것은 보험선택의 편이가 크지 않음을 시사한다. (강성욱, 2010) 그러나 본 연구에서는 고정형 패널분석을 통해 가입자의 내생성을 보정하였기 때문에 민간보험 가입자와 미가입자의 특성의 차이는 보정된 것으로 판단할 수 있다. 또한 실손형과 정액형의 보험의 특성이 분명히 차이가 있음에도 불구하고 가입자들의 특성 차이가 뚜렷하지 않았던 것은 강 등의 연구에서처럼 작은 보험선택 편이 때문인 것으로 생각된다.

또한, 저자는 만성 질환, 장애 등이 미충족 의료에 영향을 미치는 인자로 예상하였으나 모델 ①, ② 모두에서 만성질환과 장애는 영향을 미치는 변수가 아니었다. 만성질환, 장애가 있는 대상자의 경우 의료의 필요자체가 많을 수 있다는 점, 또 하나는 만성질환, 장애로 인해 민간보험의 가입이 제한되는 역선택의 상황에 놓일 수 있다. 현 등은 민간의료보험에 대한 추가가입과 신규가입시에 만성질환이 있는 사람이 뚜렷한 제한을 받고 있음을 보고하였다. (현숙정, 2014) 이러한 가입제한은 의료서비스 이용시의 경제적 부담으로 연결되어 이로 인한 미충족 의료를 야기할 수 있다. 그러나 이러한 역선택은 본 연구의 분석 과정에서 내생성이 사라지면서 그 영향 또한 나타나지 않은 것으로 판단된다.

과부담 의료비 지출이 클수록, 미충족 의료경험이 크다는 Wagstaff의

연구가 있다. 즉, 수입에 비해 과다하게 지출된 의료비로 인해 해당 가구는 빈곤을 경험하게 되고, 그에 따라 필요한 의료서비스를 이용하지 못하게 되면서 미충족 의료를 경험하게 되는 것이다.(Wagstaff, 2002; 신혜리 et al., 2014) 또한 저소득층이 고소득층에 비해 보건의료 욕구 및 욕구가 크기 때문에 저소득층에게 본인부담금이 발생할 경우 과부담 의료비 지출로 이어지게 되어 저소득층의 의료접근성을 저해할 수 있다.(김창엽, 2009; 신혜리 et al., 2014) 이와 같은 경향은 본 연구에서도 유사하게 나타났으며, 특히 경제적 이유의 미충족 의료 군에서 더욱 부각되었고, 총소득수준이 낮을수록 미충족 의료는 증가한 것으로 나타났다.

본 연구에서는 고정형 모형을 채택하였다. 기본적으로 고정형 모델은 내생성을 제거하고 개별데이터의 고유의 특성으로 인한 오류의 가능성을 예방할 수 있다는 큰 장점이 있는 모형이다. 다만 본 연구에서는 우도비 검정과 Hausman 검정을 통해 최종적으로 결정된 고정형 모델을 사용하였으며, 초반 35,252명의 데이터가 고정형 모델에 의한 실제 분석에서는 13,828명만 사용되었을 정도로 실제 데이터 보다 훨씬 적은 수로 분석을 시행하는 함으로써 초기의 데이터를 분석하는 것에 비해서는 제한점을 지닐 수는 있다.

또 다른 제한점으로는 신규가입에 대한 변수는 가지고 있으나 가입시점에 대해 통제하지 않아 신규 가입한 가입자와 기존의 가입자 간의 차별점에 대해 확인할 수 없었다는 점을 들 수 있다. 그리고 선후

인과관계에 있을 수 있는 의료비 지출, 보험료 지출, 의료 이용 등의 변수를 활용하지 않은 것 또한 한계이다. 의료관련 지출이 부담이 되어 미충족 의료가 증가되는 경우도 있고, 미충족 의료가 있어, 의료관련 지출이 증가되는 경우도 있다. 본 연구에서는 선후 인과관계 및 역 인과관계 등의 오류의 가능성으로 이 변수들을 조사 및 분석에서 제외하였다.

마지막 제한점은 이 연구에서 기준으로 삼은 미충족 의료 자체가 상당히 모호하다는 것이다. 자료의 한계에서 오는 문제를 떠나서 구체적이지 않고 필요한 의료서비스의 종류와 양이 무엇인지 명시하지 않은 상태에서 본인이 판단하기에 필요한 서비스를 이용하지 못한 경험을 묻는 것으로 이는 의료이용에 대한 전반적인 평가로서는 분명히 중요하다.(허순임 & 이해재, 2015) 그러나 미충족 의료의 정의 자체가 좀더 분명하고 구체적으로 정량화, 상세화되어 조사가 이루어지고 이를 분석하는 연구가 나온다면 미충족 의료의 해결에 좀더 구체적인 대안도 제시할 수 있을것이라 생각된다.

미충족 의료에 대한 조사자체가 18세 이상을 대상으로 이루어졌고, 이와 같은 이유로 20세 이상만을 대상으로 하였으며 균형패널자료를 구축하기 위해 4개년간 응답이 있었던 군만을 대상으로 분석을 진행하였기 때문에 탈락편이 등의 문제가 잠재해있다. 추후 좀더 넓은 데이터를 포함할 수 있는 연구모델의 구축이 필요할 수 있다.

이러한 연구의 제한점에도 불구하고 본 연구의 의의는 다음과 같다. 우선, 실손형 보험과 정액형 보험을 나누어 미충족 의료와 연결지어 분석한 연구는 거의 없었다는 점이 이 연구의 가장 큰 장점이다. 또한, 미충족 의료의 원인을 따로 나누어 추가적으로 분석한 것도 또 하나의 강점이라고 할 수 있다.

VI. 결론

최근 점차 민간보험의 기본료를 낮추고, 보험에 대한 무차별적 가입을 제한하며, 또한 편법적으로 입원을 묶어 실손형 보험의 혜택을 받던 관행을 정부가 단속하고 있다. 이로 인해 수요가 공급을 만들어 내는 것이 아닌 공급이 수요를 만들어내던 의료계 내에서의 불합리한 관행도 점차 줄어들고 있는 추세이다. 실손형 보험의 보장율도 처음의 100%에서 90, 80%로 점차 줄고 있어 실손형 보험의 실질적 효용성도 점차 떨어지고 있다. 이 상황에서 본 연구의 결과는 미가입자와 정액형, 실손형 보험 가입자가 미충족 의료의 차이를 보이지 않았다는 점에서, 실손형 보험의 효용을 다시 한번 고찰하는 기회를 주었다고 생각된다.

민간보험은 기본적으로 급여구조로 인해 공적 의료보장제도의 대안재로 제대로 작용하지 못한다. 또한 민간보험의 급여는 가입자 유치를 위한 활동과 광고로 인한 행정관리 비용과 민간보험의 수익을 고려해야 하므로, 공적의료보장제도에 비해 근본적으로 급여율이 낮을 수밖에 없다. (김창엽, 2009; 신헤리 et al., 2014) 결국은 건강보험이 보장성을 높이도록 재정을 강화하고 제도를 정비하며, 민간보험에 쏠려있는 국민 의료비를 어떻게 공보험을 돌릴 것인가가 향후 정책의 화두가 되어야 할 것이다.

우리나라 보건의료체계에 대한 성과를 평가하는데 이용자의 만족도와 인식은 중요하게 사용되고 있는 지표이다.(서남규, 이옥희, & 서수라, 2014)

미충족 의료는 국민의 여러가지 경험이 바탕이 되어 만들어진 것이고 미충족 의료의 경험에 대한 인식이 결국은 우리나라 보건의료체계에 대한 국민적 인식을 구성하는 하나의 요인이 될 것이다. 향후 미충족 의료에 대한 좀더 체계적이고 세부적인 연구를 통해 이를 줄여나가는 정책적 대안이 나와야 할 것이다.

참고 문헌

- Alonso. (1997). Unmet health care needs and mortality among spanish elderly. *American Journal of Public Health*, 87(3), 365–370.
- Buchmueller, T., Couffinhal, A., Grignon. M., Perronnin, M. (2004). Access to physician services: Does supplemental insurance matter? evidence from France. *Health Economics*, 13, 669–687.
- Card, D., Dobkin, C., Maestas, N. (2007). The impact of health insurance status on treatment intensity and health outcomes. *RAND*, 1–47.
- Cho, H. H., Kwon, G. H., & Moon, S. H. (2010). The effects of private health insurance on medical service utilization: evidence from count data. *The Korean Association for Policy Analysis and Evaluation*, 20(2), 103–128.
- Diamant. (2004). Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *American Journal of Public Health*, 94, 783–789.
- Ettner, S. (1997). Adverse selection and the purchase of Medigap insurance by the elderly. *Journal of Health Economics*, 16, 543–562.
- Gorey, K. M., Luginaah, I.N., Holowaty, E.J., Zou, G., Hamm, C., & Balagurusamy, M.K. (2013). Mediation of the effects of living in extremely poor neighborhoods by health insurance: breast cancer care

- and survival in California, 1996 to 2011. *Int J Equity Health*, 12(6).
- Kim, M., Chung, W., Lim, S., Yoon, S., Lee, J., Kim, E., & Ko, L. (2010). [Socioeconomic inequity in self-rated health status and contribution of health behavioral factors in Korea]. *Journal of Preventive Medicine and Public Health. Yebang Uihakhoe Chi*, 43(1), 50–61. doi:10.3961/jpmph.2010.43.1.50
- Kogan, M. D., P.W., N., L., H., & B., S. (2005). Association between underinsurance and access to care among children with special health care needs in the United States. *Pediatrics and Neonatology*, 116(5), 1162–1169.
- Lavarreda, S. A., Brwon, E. R., & Bolduc, C. D. (2011). Underinsurance in the United States: an interaction of costs to consumers, benefit design, and access to care. *Annual Review of Public Health*, 32, 471–482.
- Levy, H., Meltzer D. (2001). *What do we really know about whether health insurance affects health*: Univ of Chicago.
- Manning, W. G., Newhouse, J.P., Duan, N., Keeler, E. B., Leibowitz, A. (1987). Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *The American Economic Review*, 77(3), 251–277.
- Rico, A., Saltman, R.B. & Boerma, W.G. (2003). Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Social Policy & Administration*, 37(6), 592–608.

- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), 97–105.
- Yun, H. S. (2008). Effect of private insurance on medical expenditure. *KDI Journal of Economic Policy*, 30(2), 99–128.
- 강성욱, 권., 오은환, 유창훈. (2010). 실손형 민간의료보험이 의료이용에 미친 영향. *제2회 한국의료패널 학술대회*, 125–142.
- 김경선, & 김영식. (2013). 패널데이터를 활용한 장애인 고용서비스의 취업 및 임금효과 분석. *장애와 고용, Disability & Employment*, 23(1), 157–187.
- 김관옥, & 신영전. (2017). 민간의료보험 가입이 의료비에 미친 영향 -실손의료보험을 중심으로. *비판사회정책*, 54, 305–334.
- 김교성, & 이현욱. (2012). 의료보장 유형에 따른 의료 접근성 연구, 과부담 의료비 지출과 미충족 의료 경험을 중심으로. *사회복지정책*, 39(4).
- 김대환, & 오영수. (2016). 건강보험심사평가원을 활용한 실손의료보험의 보험금 관리방안. *한국리스크관리학회*, 27(1), 105–142.
- 김대환, & 이봉주. (2013). 실손의료보험의 역선택 분석. *보험학회지*, 96(10), 25–50.
- 김대환, & 이봉주. (2016). 실손의료보험은 정상재인가 열등재인가. *한국보험학회*, 16(1), 29–55.
- 김진구. (2008). 저소득층 의료 이용과 욕구 미충족에 영향을 미치는 요인. *사회복지연구*, 37, 5–33.
- 김창엽. (2009). *건강보장의 이론*: 서울: 한울아카데미.
- 민인식, & 최필선. (2012). *패널데이터분석, STATA Panel Data Analysis*.

- (주)지필미디어: 고헌희.
- 민인식, & 최필선. (2015). *고급 패널데이터 분석, Advanced Panel Data Analysis*.
- (주)지필미디어: 김성남.
- 박성복, & 정기호. (2011). 민간의료보험의 가입 결정요인 및 민간의료보험이 의료 이용에 미치는 영향 연구. *보험학회지*, 88, 23-49.
- 서남규, 이옥희, 강태욱, 태윤희, 서수리, 안수지, & 이해정. (2013). 2012년도 건강보험환자 진료비 실태조사.
- 서남규, 이옥희, & 서수리. (2014). 건강보험제도 국민만족도 조사. 서울:국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 송경신, 이준협, & 임국환. (2011). 미충족 의료에 미치는 관련 요인 분석. *대한보건연구*, 37(1), 131-140.
- 신기철, & 권혁성. (2014). 민영의료보험 보험금 수령자의 의료이용에 관한 연구 -20개 상병의 입원기간을 중심으로. *사회보장연구*, 30(3), 121-149.
- 신영전, & 손정인. (2009). 미충족의료의 현황과 관련요인 -1차, 2차 한국복지패널자료를 이용하여-. *보건사회연구*, 29(1), 111-142.
- 신현웅, & 여지영. (2015). 건강보험정책의 현황과 과제. *보건복지포럼*, 219, 6-19.
- 신혜리, 임예직, & 한기명. (2014). 과부담 의료비 지출이 미충족 의료경험에 미치는 영향 -민간의료보험 가입의 조절효과를 중심으로. *지역사회연구*, 22(3), 25-48.
- 양진영. (2010). 미충족 의료의 동태적 변화추세와 관련 영향요인. *고려대학교 대학원 박사학위논문*.
- 유창훈, 강성욱, 권영대, & 오은환. (2011). 정액형과 실손형 민간의료보험의 비교,

- 의료이용량과 본인부담금을 중심으로. *사회보장연구*, 27(1), 277-292.
- 윤태호, 황인경, 손혜숙, 고광옥, & 정백근. (2005). 민간의료보험의 선택에 영향을 미치는 요인: 민간의료보험 활성화에 대한 함의. *보건행정학회지*, 15(4), 161-175.
- 윤희숙. (2008). 민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향. *한국개발연구*, 30(2), 99-128.
- 이경아, & 이항석. (2016). 실손의료보험의 역선택과 보험료 차등화. *한국리스크관리학회지*, 27(3), 93-128.
doi:10.21480/tjrm.27.3.2016.09.004
- 이정찬, 박재산, 김한나, & 김계현. (2014). 민간의료보험 가입 및 가입유형별 의료이용 특성 분석. *병원경영학회지*, 19(4), 57-68.
- 이주은, & 김태현. (2014). 민간의료보험과 미충족 의료와의 관계. *보건정보통계학회지*, 39(1), 91-104.
- 이창욱, & 원희정. (2016). 실손의료보험 표준약관 및 표준사업방법서 개정 예고.
Retrieved from
- 전보영, 오주환, & 권순만. (2013). 민간의료보험 가입 변동이 의료비 지출에 미치는 영향. *사회보장연구*, 29(2), 261-288.
- 정영호. (2011). 한국의료패널로 본 민간의료보험 가입 실태. *한국보건사회연구원 연구보고서*, 70(2), 1-8.
- 정영호. (2012). 한국의료패널로 본 활동제한과 미충족 의료. *한국보건사회연구원 연구보고서*, 120(1).
- 정의신, & 박민정. (2011). 만성질환 노인의 미충족 의료에 미치는 요인 분석. 제

3 회 한국의료패널 학술대회, 367-381.

조현희, 권기현, & 문상호. (2010). 민간의료보험이 의료서비스 이용에 미치는 영향. *정책분석평가학회보*, 20(2), 103-128.

허순임. (2009). *미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구*. 한국보건사회연구원.

허순임, & 김수정. (2007). 우리나라 성인의 미충족의료 현황 연령 간의 차이를 중심으로. *보건경제와 정책연구*, 13(2), 1-16.

허순임, & 이해재. (2015). 미충족 의료 경험과 보건의료체계에 대한 인식. *한국보건사회연구원*, 65-91.

현숙정. (2014). 미충족 의료가 민간의료보험 가입에 미치는 영향- 2008~2011년도 패널분석을 중심으로-. *연세대학교 대학원*, 1-87.

Abstract

The Effects of Indemnity Health Insurance on the Unmet Medical Needs of the Insured

Kyu-Hak Jung

Department of Public Health Sciences

Health Care Management and Policy

The Graduate School

Seoul National University

Despite the need for medical services, such as the economic and social conditions such as the need to abandoning the necessary medical services, or not to timely use medical services is an unmet medical need. Economic reasons are the most common cause of unmet medical need. It is expected that that indemnity insurance will be the one of the most important health insurance companies. Therefore, in this study, we would analyze the medical panel data and evaluate the effect of the indemnity health insurance on unmet medical need.

The data for four-year medical panels from 2011 to 2014 are divided into three categories; fixed benefit insurance, indemnity insurance, and uninsured. Author analyzed the subjects who were informed about whether they had insured and unmet medical need for 4 years without insurance duration.

As a result of analyzing the effect of private insurance on unmet medical need, there was no difference between uninsured and the insured (the fixed benefit insurance and indemnity insurance). Divided into 3 groups (no unmet medical need, unmet medical need with economical reason, and unmet medical need with other reasons), there was no significant difference, neither.

Compared to uninsured, the indemnity and fixed benefit insured did not have any significant impact on unmet medical need. It is expected to seek ways to solve unmet medical needs by strengthening public insurance rather than private insurance.

Keywords : indemnity insurance; fixed-benefit insurance; unmet medical need; private medical insurance

Student Number : 2014-23347